

**CHILDREN'S/AISD STUDENT HEALTH SERVICES**

**Parent/Guardian Authorization of Medication at School**

(Complete one form for each medication)

Student Name: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_  
 School Name: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

**Only those medications that are medically necessary during school hours for a student's attendance or written in an IEP should be sent to school.** Children's AISD Student Health Services and AISD require the following:

- Parent/Guardian written authorization for medication administration at school
- Medication in the original, properly labeled container (name of medicine with strength, dosage and directions; name of prescribing physician who is licensed in Texas; current date)
- Medication label contains the student's first and last name
- Non-prescription medication dosage must agree with manufacturer's recommendations or a physician's order will be required.
- The first dose of this medication for the current condition/illness **may not be given at school.**
- **Asthma inhalers may be carried and self-administered, if approved by the School Nurse.**

**Please complete the following:**

Medication Name and Strength	Dosage	Time(s) to be Given at School	How it is Taken (mouth, eye, ear, nose, tube, on the skin, etc.)	Reason/ Medical Condition for which Medication is given	Additional Comments

Medication Start Date: \_\_\_\_\_ Medication Stop Date: \_\_\_\_\_

When was the first dose of this medication given for this illness/condition? \_\_\_\_\_  
 Date and Time

1. I request that the above medication be given during school hours as ordered by this student's physician. I also request that the medication be given on field trips, as prescribed with adequate notification from me.
2. I release school personnel from liability in the event adverse reactions result from taking the medication.
3. I will notify the school of any change in the medication, (dosage change, time change, etc.).
4. I give permission for the school nurse to communicate with the student's teachers about the student's health condition(s) and the action(s) of the medication.
5. I give permission for the school nurse to consult with the above student's physician regarding any questions that arise with regard to the listed medication or medical condition being treated by the medication.
6. I give permission for the medication to be given by trained school personnel as delegated by the Principal.
7. My child \_\_\_\_\_ **may/may not** carry the medication home when the school year ends.

Circle One

\_\_\_\_\_  
 Parent/Guardian Printed Name                      Day Phone                      Home Phone

\_\_\_\_\_  
 Parent/Guardian Signature                      Date                      Relationship to Student

Reviewed by RN _____ SHA _____ may/ _____ may NOT administer this medication Date _____ RN PRINTED Name: _____ RN Signature: _____
--

**CHILDREN'S/AISD STUDENT HEALTH SERVICES**

**Autorización de Padres/Custodio legal para dar medicinas en la escuela**

(Llene una forma para cada medicina)

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Maestro(a): \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**A la escuela deben enviarse solo las medicinas que sean médicamente necesarias durante horas de escuela para la asistencia de un estudiante, o que estén escritas en un IEP.** Los servicios de salud a niños y a estudiantes del AISD, lo mismo que el AISD requieren lo siguiente:

- Autorización escrita de padres/custodio legal, para dar medicinas en la escuela
- Que la medicina esté en su envase original, debidamente membretado (nombre de la medicina, con su potencia, dosis e instrucciones; nombre del médico que la receta, con licencia de Texas; fecha actual)
- En el membrete de la medicina deben estar el nombre y el apellido del estudiante
- La dosis de medicinas de venta libre debe coincidir con las recomendaciones del fabricante; de lo contrario, se requerirá una orden del médico.
- La primera dosis de esta medicina para el mal o enfermedad actual **no puede darse en la escuela.**

Inhaladores asmáticos pueden auto-administrarse, si lo aprueba la enfermera escolar. Vea a su enfermera **escolar para información adicional y para forma de petición.**

**Sírvase llenar lo siguiente:**

Nombre y potencia de la medicina	Dosis	Hora(s) para darla en la escuela	Cómo se toma (por boca, ojos, oídos, nariz, tubo en la piel, etc.)	Razón/ Padecimiento médico por el que se da la medicina	Comentarios adicionales

Fecha de inicio de la medicina: \_\_\_\_\_ Fecha para terminar la medicina: \_\_\_\_\_

¿Cuándo se dio la primera dosis de esta medicina para esta enfermedad / padecimiento? \_\_\_\_\_  
Fecha y hora

1. Pido que la medicina antes dicha se dé en horas de escuela, como lo receta el médico de este estudiante. Pido también que la medicina se dé en viajes de estudio, como está prescrita; yo daré el aviso oportuno.
2. Libero de responsabilidad al personal de la escuela, si resultan reacciones adversas de tomar la medicina.
3. Daré aviso a la escuela de cualquier cambio en la medicina (cambio en la dosis, en horario, etc.).
4. Doy permiso de que la enfermera de la escuela se comunique con maestros(as) del estudiante sobre su estado de salud y la acción(es) de la medicina.
5. Doy permiso de que la enfermera de la escuela consulte al médico del estudiante sobre cualquier duda que se presente con respecto a la medicina mencionada o al padecimiento médico tratado por la medicina.
6. Doy permiso de que personal escolar capacitado administre la medicina, según lo delegue el Director(a).
7. Mi hijo(a) \_\_\_\_\_ **puede/no puede** llevar la medicina a la casa al acabar el año escolar.

Encierre en un círculo una de estas 2 cosas

\_\_\_\_\_  
 Nombre de padres / custodio legal, en letra de molde      Teléfono de día      Teléfono de la casa

\_\_\_\_\_  
 Firma de padres/custodio legal      Fecha      Relación con el estudiante

Revisado por RN _____	SHA _____ puede/ _____ NO puede administrar esta medicina
Date	
Nombre de RN en LETRA DE MOLDE: _____	Firma de RN: _____